

家庭票 I (家庭欄)

(2・3・4・5歳児用)

年 月 日記入

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日生 (男 女)	愛称		
住所				(電話)		
ふりがな 保護者名		児童との 続柄		家庭への 連絡方法	(携帯電話)	
家族構成 (本児を除く)	名前	続柄	生年月日	勤務先等	勤務先電話番号	
家庭での 子どもの姿	食事	①食事の仕方 自分で食べる (手づかみ フォーク スプーン はし) 食べさせている ②すきなもの () ③きらいなもの ()				
	排泄	①おむつの使用 していない している (布おむつ 紙おむつ) その他 () ②小便 一人でする (おまるで 便所で (和式 洋式)) 予告する 一人でできない ③大便 一人でする (おまるで 便所で (和式 洋式)) 予告する 一人でできない ④便の状態 軟らかい 普通 硬い ⑤便の回数 1日 回				
	睡眠	①起床 (時 分頃)	②昼寝 しない する (時 ~ 時頃)	③就寝 (時 分頃)	④寝かせる方法 ()	好きな遊び
		⑤寝つき よい わるい	⑥その他 ()			
保育所 (園) への希望						
※備考						

※記入の必要はありません

家庭票Ⅱ (生育歴欄)

児童名 _____

出生歴	第 子	①妊娠中の異常 なし あり (妊娠中毒症 流早産傾向 その他 ())				
		②分娩時の異常 なし あり (帝王切開 仮死 呼吸障害 吸引 鉗子 その他 ())				
		③在胎週数 (週)				
		④出生時の身長 (cm) 体重 (g)				
発育歴	首のすわり	_____ か月	生歯	_____ か月	おすわり	_____ か月
	はいはい	_____ か月	歩行	_____ か月	片言	_____ か月
既往歴	① なし あり (はしか 風しん 百日咳 水ぼうそう おたふくかぜ 肺炎 気管支炎 中耳炎 その他 ())					
	②ひきつけ _____ 回 (熱なし 熱あり) …治療 (なし あり)					
	③入院を要した病気、けが (歳 か月 病名等 ())					
体質	①アレルギー なし あり (アトピー性皮膚炎 喘息 じん麻疹 鼻炎 結膜炎) 原因 食品 () 薬品 () その他 ()					
	②その他 下痢しやすい 便秘しやすい よく熱を出す 湿疹がしやすい 中耳炎をおこしやすい 扁桃腺がはれやすい 脱臼しやすい (部位)					
		上記以外の健康面で気になること _____				
予防接種	・H i bヒブ	(_____ 年 / _____ . / _____ . /)	(_____ 年 / _____)			
	・肺炎球菌	(_____ 年 / _____ . / _____ . /)	(_____ 年 / _____)			
	・BCG	(_____ 年 / _____)				
	・四種混合	(_____ 年 / _____ . / _____ . /)	(_____ 年 / _____)			
	・ポリオ	(_____ 年 / _____ . / _____ . /)	(_____ 年 / _____)			
	・MR [麻しん・風しん]	(_____ 年 / _____)	(_____ 年 / _____)			
	・日本脳炎	(_____ 年 / _____ . / _____)	(_____ 年 / _____)			
	・おたふくかぜ	(_____ 年 / _____)				
	・水ぼうそう	(_____ 年 / _____)	(_____ 年 / _____)			
	・ロタウイルス	(_____ 年 / _____ . / _____)	(_____ 年 / _____)			
・B型肝炎	(_____ 年 / _____ . / _____)	(_____ 年 / _____)				
健康調査		受診の有無	特記事項の有無	特記事項の内容	受診機関名	
	1か月健診	有 無	有 無			
	4か月健診	有 無	有 無			
	10か月健診	有 無	有 無			
	1歳6か月健診	有 無	有 無			
	3歳6か月健診	有 無	有 無			